

Statement of Patient/Client Responsibilities

This document describes your responsibilities as a NWHHS patient/client. **Please review it carefully.**

Your Responsibilities

The effectiveness of care and patient/client satisfaction with the treatment depends, in part, on the patient/client fulfilling certain responsibilities.

Provide Information

- Please provide to the best your knowledge, accurate and complete information about present complaints, past illnesses, hospitalization, medications, and other matters relating to health.
- Assist in obtaining information from other providers through a release of information.
- Report any perceived risks in your care and any unexpected changes in your condition.
- Provide feedback about your service needs and expectations.
- Let us know of changes in address, phone number, or other requested information.

Participate in Treatment

- Participate in the development of mutually agreed-upon treatment plans.
- Please follow the care, treatment, and service plan developed.
- Ask questions when you are unable to understand your care, treatment and services, or what you are expected to do.
- Share your concerns about the proposed care plan or course of care, treatment and services.
- Be informed of the consequences of care, treatment, and service alternatives if changes are not recommended.

Follow Rules and Regulations

- Patients/clients are required to be informed of our policies and to follow them.
- Arrive on time for your appointments.
- Please comply with any signed patient/client contracts.
- Be considerate of staff, other patients/clients, and agency property.
- Provide at least 24-hour notice when canceling appointments.
- It is the shared responsibility of all patients/clients, visitors, and staff members to respect and abide by NWHHS' Tobacco-Free Campus policy.

Meet Financial Obligations

- Follow all insurance company guidelines on how to access services.
- Take financial responsibility for payment for all charges not covered by insurance.
- If you have insurance, please bring your insurance card at each visit.
- Provide information about all insurance that is available for treatment.
- If you are uninsured, bring in documentation of eligibility for a discount in a timely manner.
- Bring in eligibility information for the Oregon Health Plan in a timely manner, if it is requested by the clinic's Enrollment and Eligibility Specialist.
- Contact the Billing Department immediately to make payment arrangements if you have an outstanding bill.



Receipt Acknowledgment of NWHS' Statement of Patient/Client Responsibilities.

By signing below, I acknowledge that I have read, or had read to me the Statement of Patient/Client Responsibilities of Northwest Human Services, and I have had a chance to discuss any questions or concerns about this document with a NWHS staff member.

Patient Name (Printed)

Patient or Legal Guardian Signature

Date

Declaración de las Responsabilidades del Paciente/Cliente

Este documento describe sus responsabilidades como paciente/cliente de NWHHS.

Por favor revísela cuidadosamente

Sus Responsabilidades

La efectividad del cuidado y la satisfacción con el tratamiento depende, en parte, del cumplimiento de ciertas responsabilidades por parte del paciente.

Proporcione Información

- Por favor proporcione, a lo mejor de su conocimiento, información exacta y completa sobre quejas presentes, historia de enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Ayude a obtener información de otros proveedores, a través de una autorización para revelar información.
- Infórmenos de cualquier percepción de riesgos en su cuidado y cambios inesperados en su condición.
- Proporcione sugerencias sobre las expectativas y necesidades su servicio.
- Avísenos de cambios en su dirección, número de teléfono, o alguna otra información que se le solicite.

Participe en su Tratamiento

- Participe en el desarrollo de planes de tratamiento que sean acordados mutuamente.
- Por favor siga el plan de cuidado, tratamiento, y servicio desarrollado.
- Haga preguntas cuando no entienda su cuidado, tratamiento, y servicios, o lo que se le espera de estos mismos.
- Comparta sus preocupaciones sobre el plan de cuidado que se le ha propuesto, o el curso de tratamiento y servicios recibidos.
- Sea informado sobre las consecuencias del cuidado, tratamiento, y servicios alternativos si no se le recomienda cambios.

Siga las Reglas y Regulaciones

- Infórtese de nuestras pólizas y cumpla con éstas.
- Llegue a tiempo a sus citas.
- Por favor cumpla con los contratos que nos ha firmado.
- Sea considerado con nuestro personal, otros pacientes/clientes, y propiedad de la agencia.
- Cuando cancele citas, notifiquenos con al menos 24-horas de anticipación.
- Es la responsabilidad compartida de todos los pacientes/clientes, visitantes y nuestro personal de respetar y cumplir con la póliza de ámbito libre de tabaco (área libre de humo de cigarro).

Cumpla con Obligaciones Financieras

- Siga todos los reglamentos de su seguro de salud acerca de cómo acceder los servicios.
- Asume su compromiso financiero sobre el pago de todos los cargos que no estén cubiertos por su seguro de salud.
- Si usted está cubierto(a) con un seguro de salud, por favor traiga la tarjeta de seguro en cada visita.
- Proporcione información sobre todos los seguros de salud disponibles para cubrir su tratamiento.
- Si usted no está cubierto con un seguro de salud, traiga a tiempo la documentación para determinar su elegibilidad para un descuento.
- Traiga a tiempo la información para el Plan de Salud de Oregón, si el/la Especialista en Inscripciones y Elegibilidad de la clínica se lo solicita.
- Contacte inmediatamente el Departamento de Facturación para hacer un plan de pago si usted tiene una factura que no ha sido pagada.



Reconocimiento de Recibo de Declaración de las Responsabilidades del Paciente/Cliente de NWHS.

Al firmar abajo, reconozco que he leído, o pedí a alguien me leyera la Declaración de las Responsabilidades del Paciente/Cliente de NWHS, y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta o compartir dudas acerca de este documento con un miembro del personal de NWHS.

Nombre del paciente/cliente (Imprimido)

Firma del paciente/cliente o tutor legal

Fecha